

Nieuwe vormen van verslaving in de zorg: ghb- en gameverslaving

Tim Schoenmakers en Gert-Jan Meerkerk*

Dit artikel presenteert de bevindingen van een onderzoek uit 2009 naar ‘nieuwe verslavingen’. Hieronder worden vormen van verslaving verstaan waarmee de reguliere verslavingszorg pas recentelijk in aanraking komt. Deze verslavingen kunnen betrekking hebben op de inname van een middel, maar ook op excessief, obsessief of impulsief gedrag waarbij geen sprake is van inname van een middel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de diverse vormen van internetverslaving. De centrale vraag in het onderzoek luidt: worden de reguliere (verslavings)-zorginstellingen geconfronteerd met nieuwe vormen van verslaving? En zo ja, hebben zij een adequaat hulpaanbod of zijn ze bezig een adequaat hulpaanbod te ontwikkelen?

Inleiding

In de landelijke registratiegegevens van de reguliere verslavingszorg (het LADIS) is een categorie ‘Overig’ opgenomen die de laatste jaren sterk gegroeid is. In deze categorie vallen niet de bekende vormen van verslaving (zoals alcohol-, heroïne- of gokverslaving) maar veelal verslavingen die tot voor kort minder of zelfs geheel niet voorkwamen. Het verslavingsspectrum lijkt hiermee in de breedte te groeien door de komst van nieuwe vormen van verslaving¹ zoals internetverslaving, of verslaving aan nieuw op de Nederlandse markt verschenen psychoactieve middelen. Het doel van het onderzoek waarvan dit artikel verslag doet, is door middel van interviews met zorgprofessionals te inventariseren welke nieuwe vormen van verslaving in de Nederlandse versla-

* Dr. T.M. Schoenmakers is onderzoekscoördinator bij het IVO te Rotterdam.
E-mail: schoenmakers@ivo.nl.

Dr. G.-J. Meerkerk is senior onderzoeker bij het IVO te Rotterdam.

¹ In het rapport wordt gesproken van verslaving, ook wanneer er in de wetenschappelijke wereld nog geen consensus is of de term verslaving in alle gevallen wel valide en adequaat is.

vingszorg, geestelijke gezondheidszorg en eerste lijn voorkomen, en hoe daarmee wordt omgegaan. Daarnaast wordt onderzocht wat de visie van zorgprofessionals is aangaande de aard en ernst van specifieke nieuwe verslavingen.

Uit overzichten van het LADIS, bijvoorbeeld de LADIS Nieuwsflits. Kerncijfers 2008 (Stichting Informatie Voorziening Zorg, 2009), wordt duidelijk dat de meeste cliënten van de verslavingszorg primair alcoholproblematiek hebben (47%), gevolgd door primaire problematiek met opiaten (18%), cocaïne (14%) en cannabis (12%). Gedragsverslavingen komen, op gokken (4%) na, in de gerapporteerde gegevens niet expliciet voor. Andere verslavingen vallen in de restcategorie 'Overig' (3%). Opvallend genoeg is deze laatste categorie de laatste jaren behoorlijk gegroeid: tussen 2002 en 2007 jaarlijks met een percentage variërend tussen 12 en 21 procent (Ouwehand, Kuijpers, Wisselink & Van Delden, 2007; Ouwehand, Mol, Kuijpers & Boonzajer Flaes, 2005, 2006; Ouwehand, Van Alem, Mol & Boonzajer Flaes, 2004). Overigens is in 2007 en 2008 de categorie met respectievelijk 6 en 4 procent weer wat afgangenomen (Stichting Informatie Voorziening Zorg, 2009; Ouwehand, Kuijpers, Wisselink & van Delden, 2009).

Duidelijk is in elk geval dat het veld waarmee de reguliere verslavingszorg in aanraking komt, aan verandering onderhevig is en dat sommige vormen van verslaving minder prevalent worden, zoals pathologisch gokken (Ouwehand e.a., 2007), terwijl andere zich voor het eerst lijken te ontwikkelen.

INTERNETVERSLAVING

Een nieuwe vorm van verslaving, die zowel in de buitenlandse als binnenlandse literatuur wordt beschreven, is internetverslaving. In sommige Aziatische landen zou deze problematiek, vooral onder jongeren, zelfs relatief vaak voorkomen. Zo zou zo'n 10% van de Zuid-Koreaanse scholieren internetverslaafd zijn (Park, Kim & Cho, 2008). Ook in Europa en Amerika worden soms dergelijke hoge prevalenties gerapporteerd (Morahan-Martin & Schumacher, 2000; Niemz, Griffiths & Banyard, 2005; Siomos, Dafouli, Braimiotis, Mouzas & Angelopoulos, 2008). Anderzijds worden ook aanzienlijk lagere prevalenties gerapporteerd: zo zou 0,7% van de volwassen Amerikaanse bevolking en 1,5% van de Finse jeugd problematisch internetgebruik vertonen (Aboujaoude, Koran, Gamel, Large & Serpe, 2006; Kaltiala Heino, Lintonen & Rimpela, 2004). In Nederland zou 3 tot 4 procent van de jongeren tussen de 12 en de 14 jaar internetverslaafd zijn (Van Rooij, Schoenmakers, Meerkirk & Van de Mheen, 2009; Van Rooij, Meerkirk, Schoenmakers, Van den Eijnden & Van de Mheen, 2008) en on-

geveer 1% van de volwassen bevolking (Meerkerk, 2007). Ondanks sterk wisselende cijfers is duidelijk dat in veel landen een nieuwe vorm van verslaving geconstateerd wordt.

Door het IVO is op beperkte schaal eerder onderzoek uitgevoerd naar internetgerelateerde problemen bij cliënten van de verslavingszorg (Van den Eijnden, Van Rooij & Meerkerk, 2007). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er cliënten zijn die zich vanwege compulsief internetgebruik bij de reguliere klinieken voor verslavingszorg laten behandelen. Deze problemen worden echter nog niet als zodanig geregistreerd, waardoor er weinig zicht is op de aard en omvang van de problematiek.

Wel werd duidelijk dat compulsief internetgebruik vaak gepaard gaat met psychosociale problemen en veelal een uiting is van of een vlucht voor een ander onderliggend probleem. Andere cliënten lijken niet te kunnen omgaan met het schier oneindige aanbod aan erotisch prikkelend (eventueel pornografisch) audiovisueel materiaal. Zij hebben hun internetgebruik niet onder controle en blijven dermate vaak en lang online dat dit tot problemen leidt met bijvoorbeeld werk, studie of de sociale omgang met belangrijke naasten (Meerkerk, Van den Eijnden & Garretsen, 2006).

Ondanks het groeiende besef dat het internet bij een deel van de gebruikers excessief gebruik kan uitlokken, is er nog weinig consensus over aard, etiologie en terminologie van dit gedrag. Daarbij, de term internetverslaving suggereert een verslaving aan het internet zelf, terwijl onderzoek duidelijk maakt dat het juist bepaalde applicaties zijn die aan verslaving gerelateerd kunnen worden (Spel, Meerkerk & Schoenmakers, 2009). Vooral online-gaming, online-pornografie en chatgerelateerde toepassingen lijken bij sommige gebruikers verslavingsgedrag te kunnen uitlokken (Block, 2008; Meerkerk e.a., 2006).

NIEUWE VERSLAVINGEN: ANDERE VORMEN

Naast internetverslaving lijken ook andere vormen van verslaving bezig te zijn aan een opmars. Het in korte tijd zeer populair geworden kaartspel pokeren kan volgens sommigen tot verslavingsgedrag leiden (Marsman, 2008), al lijkt volgens een recent onderzoek de omvang vooralsnog beperkt (Meerkerk, Risselada & Schrijvers, 2010). Een middel waar het laatste jaar veel aandacht voor is geweest, is ghb. Dit is in eerste instantie vooral een uitgaansdrug die voor sommigen als vervanger van xtc of alcohol kan functioneren. Het gebruik van ghb zorgt voor een opgewekte prettige stemming, vermindert angsten en

remmingen en stimuleert seksuele lustgevoelens. Ghb is relatief gemakkelijk en goedkoop zelf te maken, met middelen die legaal verkrijgbaar zijn.

Problematisch is echter de snel optredende lichamelijke afhankelijkheid en de dosering; het verschil tussen een juiste dosering en overdosering is erg klein. Bij overdosering, zeker na alcoholgebruik, kan het centrale zenuwstelsel zo verdoofd raken, dat ook het ademen stopt (Smith, Larive & Romanelli, 2002). Volgens de Nationale Drug Monitor is de laatste tijd het aantal overdoseringen toegenomen, wordt het niet alleen meer in de Randstad maar ook in provincies gebruikt en nu ook buiten het uitgaanscircuit, en is het aantal hulpvragen binnen de verslavingszorg gestegen (Van Laar, Cruts, Van Ooyen-Houben, Meijer & Brunt, 2010).

Onduidelijk is vooralsnog of de reguliere verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg in staat zijn dergelijke nieuwe vormen van verslaving adequaat te behandelen. Wel ontstaan er in het land commerciële initiatieven die specifiek inspringen op nieuwe vormen van verslaving.

Dit artikel beschrijft de resultaten van een explorerend onderzoek naar nieuwe verslavingen. De focus ligt daarbij niet alleen op de aard en omvang van de eventuele nieuwe verslavingen, maar ook op de vraag of de reguliere verslavingszorg willens en in staat is adequate zorg te bieden, dan wel bezig is een adequaat zorgaanbod te ontwikkelen.

Methode

INTERVIEWS MET DE REGULIERE VERSLAVINGSZORG

Voor het beantwoorden van de onderzoeks vragen naar de aard, ernst en omvang van nieuwe verslavingen in de reguliere verslavingszorg, zijn kwalitatieve gegevens verzameld door semigestructureerde telefonische interviews te houden met sleutelfiguren (medewerkers van de afdelingen preventie, intake, behandeling en management) van negen reguliere verslavingszorginstellingen in Nederland. Elf instellingen zijn benaderd met de vraag om drie of vier medewerkers van verschillende afdelingen te spreken. Uiteindelijk zijn er twintig interviews gehouden. Alleen bij de instellingen Emergis (Zeeland) en GGZ Noord en Midden Limburg was het niet mogelijk tijdig een interview in te plannen. (De verdeling van de interviews over de instellingen staat in tabel 1.)

Tabel 1. Aantal interviews per instelling, met de regio's waar de instellingen opereren.		
Instelling	Regio/plaats	Aantal interviews
<i>Verslavingszorginstellingen</i>		
VNN	Groningen, Friesland, Drenthe	4
Brijder	Noord- en Zuid-Holland	1
Tactus Verslavingszorg	Gelderland, Overijssel, Flevoland	3
Jellinek	Amsterdam, Gooi en Vechtstreek	2
Bouman GGZ	Rotterdam, Dordrecht, regio Rijnmond	1
Novadic-Kentron	Noord-Brabant	3
Centrum Maliebaan	Utrecht e.o.	3
IrisZorg	Gelderland, Overijssel, Flevoland	1
Mondriaan	Limburg	2
<i>Overige instellingen</i>		
Algemeen maatschappelijk werk	Rotterdam, Eindhoven, Amsterdam (2), Katwijk aan Zee, Den Haag	6
Ggz	Amstelland, Nijmegen, Amersfoort e.o., Noord-Holland, Venlo, Gelderland (2)	7
Huisartsen	Sommelsdijk, Vlissingen, Haarlem, Groningen, Dordrecht, Amersfoort	6
Jeugd Informatie Punt (JIP)	Delft/Den Haag/Zoetermeer, Venlo, Apeldoorn, Rotterdam, Helmond	5

Behalve de verslavingzorg hebben ook andere zorginstellingen te maken met verslavingsproblematiek. Daarom zijn 24 interviews gehouden met huisartsen, sociaalpsychiatisch verpleegkundigen, regiomanagers, teamleiders en coördinatoren van (jeugd)ggz-instellingen, maatschappelijk werkers en hulpverleners van een Jongeren Informatie Punt (JIP). De benaderde instellingen zijn geselecteerd uit verschillende Nederlandse gemeenten, waarbij is getracht een goede spreiding over Nederland te verkrijgen. (De regio's en plaatsen staan vermeld in tabel 1.)

Alle interviews zijn gehouden tussen december 2008 en februari 2009. De interviews bij de verslavingzorg en de overige instellingen werden gehouden volgens dezelfde vaste procedure: de te interviewen medewerkers werd ter voorbereiding van tevoren een brief gestuurd met de vragen uit het interview. Deze konden zij vooraf met collega's doorne-

men. Tijdens het interview werd de geïnterviewde allereerst gevraagd nieuwe vormen van verslaving te noemen die hij de laatste jaren was tegengekomen in de betreffende instellingen.

Daarna werd door de interviewer een lijst met mogelijke verslavingen voorgelezen, waarop de respondent kon reageren: verslaving aan bepaalde medicijnen (bijvoorbeeld Ritalin[®]), qat/khat, piperazinederivaten (BZP, mCPP), ghb, ketamine, pruimtabak, buprenorfine, internet (o.a. online-gaming en pornografie), poker, kopen (oniomanie), seks, beleggen, eten, hardlopen/trainen, sms/mobiele telefoon). Vervolgens werden voor de nieuwe vormen van verslaving die meer dan een enkele keer voorkwamen verdiepende vragen gesteld die ingingen op de aard en omvang van het probleem en op de wijze waarop de instelling met deze nieuwe problematiek omgaat.

Bij de selectie van de respondenten is niet geprobeerd een representatieve steekproef van alle medewerkers van de verslavingszorg of andere zorginstellingen te krijgen. De verzamelde informatie is dan ook vooral kwalitatief van aard en staat geen nadere kwantificering toe. Dit neemt niet weg dat de resultaten naar de overtuiging van de onderzoekers een goed beeld geven van de ontwikkelingen in de (verslavings)-zorg.

Resultaten

Uit de interviews komt een tamelijk consistent beeld naar voren wat betreft de meest voorkomende typen nieuwe verslaving. Binnen de verslavingszorg lijken veranderingen in het aanbod van nieuwe problemen zich meer voor te doen dan daarbuiten. Niet alle respondenten buiten de verslavingszorg komen nieuwe vormen van verslaving tegen. Naast de verslavingszorg worden de meeste nieuwe verslavingen ge signaleerd in de ggz-instellingen. Uit de interviews blijkt dat twee vormen van nieuwe verslaving regelmatig voorkomen in vrijwel alle verslavingszorginstellingen en in iets mindere mate ook in de andere instellingen: ghb-verslaving en internetverslaving, waaronder online-gamen (zie ook Haagsma, Peters & Pieterse, 2010) en, in mindere mate, pornoverslaving. Aangezien verschillende instellingen deze vormen melden, kan met recht gesproken worden van een serieus te nemen ontwikkeling. Deze verslavingen worden daarom apart besproken.

Andere vormen van verslaving worden slechts door een enkeling genoemd en komen incidenteel voor, zoals koopverslaving of beleggingsverslaving. Pokerverslaving en gokverslaving (al dan niet online) worden wel door meerdere geïnterviewden ge signaleerd maar lijken vooralsnog nergens tot daadwerkelijke problemen van enige omvang

geleid te hebben. Van misbruik van middelen als Ritalin®, ketamine en khat (door Somaliërs) wordt incidenteel melding gemaakt, maar deze middelen blijken nergens tot structurele hulpvragen te hebben geleid. De geïnterviewden geven wel aan dat Ritalin®-gebruik in de samenleving over het algemeen toeneemt.

Verschillende geïnterviewde medewerkers van de verslavingszorg, tot slot, houden rekening met een toename van het aantal benzodiazepinerelateerde hulpvragen. Belangrijkste redenen hiervoor zijn de initiatieven van de overheid het langdurig gebruik van benzodiazepinen te ontmoedigen, door benzodiazepinen uit de basisverzekering te halen en artsen aan te moedigen kritisch naar hun voorschrijfgedrag te kijken.

Hierna beschrijven we achtereenvolgens voor ghb- en gameverslaving welk beeld de professionals in de zorg hebben van de aard, ernst en omvang van het probleem, en hoe er binnen de zorginstellingen mee om wordt gegaan.

GHB-VERSLAVING: AARD VAN HET PROBLEEM

Ghb-verslaving blijkt door cliënten zowel als primair als secundair probleem te worden gemeld, dat wil zeggen dat ghb-problemen zowel op zich kunnen staan zonder andere gelijktijdige (verslavings)problemen, als in combinatie met andere verslavingsproblemen of psychische stoornissen kunnen voorkomen. Naast recreatief gebruik in het uitgaansleven wordt ghb vaak gebruikt om de realiteit te ontvluchten, bijvoorbeeld vanwege problemen thuis of op school. Ook een gebrek aan sociale controle en het ontbreken van een dagstructuur kunnen excessief gebruik in de hand werken. De cliënten zijn voor een groot deel jonge mannen. In bepaalde (jongeren)scenes lijkt het gebruik van ghb een hype geworden te zijn, waarbij opvalt dat deze scènes andere lijken te zijn dan de traditionele drugsscenes.

Waargenomen gevolgen zijn schoolverzuim, depressie, psychose en agressie. De meeste geïnterviewden zijn van mening dat ghb een potentieel ernstig verslavend middel is, met hevige lichamelijke afhankelijkheid en relatief grote gezondheidsrisico's.

GHB-VERSLAVING BINNEN DE VERSLAVINGSZORG

De omvang van het probleem in de zin van het aantal aanmeldingen van mensen met problemen met ghb is, in vergelijking met andere middelen, vooralsnog relatief beperkt. Gemiddeld genomen lijkt het per instelling om enkele tientallen tot honderd cliënten per jaar te gaan. Opvallend is daarbij de grote lokale spreiding, zowel op regionaal als op nationaal niveau. Ghb-problemen werden door enkele ver-

slavingszorginstellingen amper of zelfs helemaal niet gerapporteerd, terwijl andere spreken van een dramatische stijging van het aantal gevallen. De problematiek lijkt zich daarbij vaak vanuit een specifieke locatie als een olievlek over een regio uit te spreiden.

Verschillende instellingen hebben dan ook ghb tot speerpunt van de hulpverlening gemaakt en ingezet op de ontwikkeling van een speciaal behandelaanbod, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke problemen van ghb-verslaving (fysieke afhankelijkheid). Het middel zelf is niet nieuw, maar problemen met ghb waarvoor hulp wordt gezocht doen zich pas sinds een paar jaar voor. De ernst van de problematiek lijkt meer toe te nemen dan de omvang van het probleem. De verwachting is echter dat ook de omvang in de komende jaren zal toenemen.

Geen van de geïnterviewden was van mening dat ghb-problemen niet door de verslavingszorg behandeld zouden moeten worden, en ook financiële aspecten blijken een behandeling niet in de weg te staan. De aard van de problemen (fysieke afhankelijkheid) maakt echter een speciaal behandelprogramma wenselijk, zeker ook omdat in ernstige gevallen bij een te snelle afbouw gevaar voor psychoses dreigt. Niet verrassend worden dergelijke programma's vooral door die instellingen ontwikkeld die in de praktijk in toenemende mate met ghb-problemen worden geconfronteerd. Zo zijn verschillende instellingen bezig om een adequate hulpverleningsmethode te ontwikkelen, waarbij de aandacht vooral gericht is op het doorbreken van de forse lichamelijke afhankelijkheid, door bijvoorbeeld klinische toediening van ghb in een detoxificatieafbouwprogramma.² Duidelijk is dat de sterke lichamelijke maar ook psychische afhankelijkheid zorgen voor een groot risico op terugval.

GHB-VERSLAVING BINNEN DE OVERIGE INSTELLINGEN

Binnen de overige instellingen (zoals ggz en huisartsenpraktijken) wordt ghb-verslaving incidenteel gesignaleerd, maar is er wel de indruk dat het gebruik in de samenleving toeneemt. Eén respondent signaleert de ghb-verslaving gemiddeld drie keer per week. Zij verklaart dit hoge aantal door de aanwezigheid van een actieve drugsscene in haar stad.

Uit de gesprekken blijkt dat ghb-verslaving eerst binnen de organisatie wordt aangepakt, door de gebruikers bewust te laten worden van

² Resultaten Scoren en het NISPA zijn momenteel in opdracht van het ministerie van VWS bezig een behandelprotocol voor ghb-verslaving te ontwikkelen, in samenwerking met zeven instellingen voor verslavingszorg.

de schadelijke effecten van het gebruik. Een respondent vertelt dat jongeren vaak niet het vermogen hebben om zelfstandig te stoppen. Daarom kunnen ouders en scholen ingeschakeld worden. De meest wenselijke omgang met het probleemgebruik verschilt per patiënt en hangt onder meer af van de mate van steun die een patiënt van zijn omgeving ontvangt. Als laatste redmiddel wordt doorverwezen naar verslavingszorginstellingen, wat een probleem kan zijn doordat patiënten de zorgvraag vaak niet onderkennen.

GAMEVERSLAVING: AARD VAN HET PROBLEEM

Gameverslaving blijkt als primaire problematiek te worden aangemeld en als secundair probleem de kop op te kunnen steken bij andere aanmeldingsredenen. Bij minderjarigen lijkt het vaker een op zichzelfstaand probleem te vormen, bij volwassenen spelen soms ook middelen als cannabis en alcohol een rol. Verschillende geïnterviewden maken duidelijk dat er vaak sprake is van complexe psychosociale problematiek, met depressieve klachten, sociale angst en een gebrek aan sociale vaardigheden. Verdere kenmerken zijn een laag zelfzorgniveau, geen werk, geen dagstructuur en gepest worden. Daarnaast wordt ook autisme en het syndroom van Asperger genoemd.

De leeftijd van de cliënten varieert volgens de geïnterviewden van jonger dan vijftien tot achter in de dertig en ligt gemiddeld rond de twintig jaar. Het compulsieve gamegedrag leidt na verloop van tijd tot isolering, vereenzaming, verstoring van het levensritme, school- of werkuitval en - vooral wanneer ook cannabis gebruikt wordt - tot passiviteit en stagnatie in de ontwikkeling. Het sociale leven offline en het zelfbeeld worden daarbij negatief beïnvloed, wat de drang om te gamen weer kan versterken (neerwaartse spiraal). Zie ook het artikel van Haagsma en collega's (2010) over kenmerken van gameverslaafden.

GAMEVERSLAVING BINNEN DE VERSLAVINGSZORG

Het aantal aanmeldingen van gameverslaving lijkt minder regionale verschillen te kennen dan het aantal ghb-aanmeldingen. Over het algemeen betreft het echter, per instelling, enkele tot misschien een tiental cliënten per maand die (mede) vanwege gameverslaving met de verslavingszorg in aanraking komen. Het zijn daarbij zelden de gameverslaafden zelf die contact met de hulpverlening zoeken. Veel vaker zijn het de ouders, andere naasten of een schoolarts die bij de verslavingszorg om hulp of informatie vragen. De preventiewerkers, die vooral in het veld werkzaam zijn, hebben dan ook relatief het vaakst te maken met een aan overmatig gamen gerelateerde hulpvraag.

De eerste gamegerelateerde problemen in de verslavingszorg werden enkele jaren geleden waargenomen. Sindsdien, menen sommige geïnterviewden, is er sprake van een lichte maar stabiele groei van het aantal aanmeldingen. Veel duidelijkheid ten aanzien van de omvang is er echter ook bij de verslavingzorginstellingen niet, door het ontbreken van uniforme registratievoorschriften.

Alle geïnterviewde medewerkers van de verslavingszorg zijn het erover eens dat, wanneer iemand zich aanmeldt met een aan overmatig gamen gerelateerd verslavingsprobleem, er hulp moet worden geboden en dat dit in de praktijk ook zo gebeurt. Ook de financiering van de zorg lijkt geen problemen op te leveren, hoewel gameverslaving nog geen officieel erkende diagnose is. Gameverslaafden worden dan in een andere categorie geregistreerd, zoals de categorie 'Overig' bij verslavingen, of bijvoorbeeld onder het label 'Compulsieve stoornissen'.

Verschillende verslavingszorginstellingen hebben een projectgroep ingesteld of hebben anderszins actie ondernomen om zich te oriënteren op een aanpak ten aanzien van gameverslaving of om een specifiek op gameverslaving afgestemd hulpverleningsmethode te ontwikkelen. Slechts enkele verslavingszorginstellingen zijn al zover dat een min of meer speciaal op gaming gerichte hulpverleningsmethode kan worden aangeboden. Veelal wordt voortgeborduurd op bestaande ambulante hulpverleningsmethoden, zoals leefstijltraining of cognitieve gedragstherapie. Een klinische opname is zelden aan de orde; veeleer lijken korte interventies al redelijk succesvol.

De effectiviteit van de aanpak gebaseerd op een vorm van (individuele of groeps)leefstijltraining en cognitieve gedragstherapie, lijkt vooralsnog alleszins redelijk te zijn. Belangrijk aspect bij de behandeling is het leren omgaan met computers en internet zonder in het oude gedrag terug te vallen; volledige abstinente van computers en internet is onder de huidige maatschappelijke omstandigheden geen reële optie.

GAMEVERSLAVING BINNEN DE OVERIGE INSTELLINGEN

De meeste respondenten vinden het lastig om een schatting te maken van de omvang van gameverslaving. Wel nemen ze in hun praktijk waar dat het probleem in de samenleving speelt en toeneemt. Uit de gesprekken blijkt dat gameverslaving binnen de afzonderlijke instellingen gemiddeld 0-1 keer per maand wordt gesignaleerd.

De wijze waarop de organisaties met gameverslaving omgaan, komt in grote lijnen overeen. Huisartsen proberen de verslaving aan te pakken door middel van ondersteunende gesprekken met de patiënt. Indien er geen verbetering optreedt of er geen handvatten zijn voor de huisarts

om het probleem te behandelen, wordt doorverwezen. Bij het Jongeren Informatie Punt en maatschappelijk werk wordt na signalering van gameverslaving hulp geboden door advisering, ondersteuning en begeleiding. Bij noodzaak voor intensieve zorg wordt doorverwezen. Omdat de problematiek bij iedere patiënt kan verschillen, verschilt ook de instelling waarnaar wordt doorverwezen. Als de nieuwe verslaving gepaard gaat met complexe problematiek, wordt verwezen naar bijvoorbeeld Riagg, BAVO, kinderpsychiater of (jeugd)ggz. Als de verslaving op de voorgrond staat, wordt verwezen naar verslavingszorg. De uiteindelijke behandeling van gameverslaving binnen de ggz-instellingen is niet per se gericht op de verslaving. Als de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, richt de behandeling zich primair hierop. Indien de verslaving is vastgesteld, op de voorgrond staat, en de ggz-instelling de patiënt niet optimaal kan helpen, wordt verwezen naar de verslavingszorg. Een andere behandeling die door enkele respondenten wordt genoemd is het geïntegreerde zorgaanbod. De ggz-instelling behandelt dan het psychiatrisch probleem en de verslavingsinstelling de verslaving.

Discussie en conclusie

Doel van het huidige project was een exploratie van het vóórkomen van zogenaamde nieuwe verslavingen in de reguliere (verslavings)-zorg. De centrale vragen luiden hierbij in welke mate deze nieuwe verslavingen worden gesignaleerd, welk beeld de professionals in de zorg hebben van de aard en ernst van deze verslavingen, en of de zorginstellingen op een adequate wijze op deze hulpvragen reageren. De resultaten maken duidelijk dat twee nieuwe soorten verslaving de laatste jaren een vaste plaats hebben verworven: ghb-verslaving en internetverslaving. Waarbij onder het laatste vooral gameverslaving en in mindere mate verslaving aan online-pornografie verstaan moet worden.

Van deze twee nieuwe verslavingen zijn de professionals meer bezorgd over de gevolgen en (lichamelijke) afhankelijkheid van ghb-verslaving dan over de gevolgen van gameverslaving. Hoewel de omvang van de aan deze twee nieuwe verslavingen gerelateerde hulpvraag vooralsnog gering is en in het niet valt bij bijvoorbeeld de hulpvraag gerelateerd aan alcoholmisbruik of opiaatgebruik, oordelen de meeste geïnterviewde werknemers van zorginstellingen dat het hier gaat om twee substantiële vormen van verslaving die niet van voorbijgaande aard zijn. De geringe hulpvraag kan duiden op een lage prevalentie, maar mogelijk ook op een publieke onbekendheid met het zorgaanbod. Hoewel door de verschillende medewerkers niet consistent melding

wordt gemaakt van online-seks- of online-pornografieverslaving als substantiële nieuwe verslavingsvorm, zijn enkele medewerkers wel degelijk van mening dat het ook hier om een serieus en in omvang toenemend probleem gaat.

Tussen ghb-verslaving en gameverslaving bestaan wezenlijke verschillen. Kenmerkend voor ghb-verslaving is de forse lichamelijke afhankelijkheid die kan optreden. Dit maakt een zorgvuldige afbouw van het middel met soms intensieve klinische begeleiding en medische zorg noodzakelijk. De aard van de problemen bij gameverslaving lijkt vaak minder ernstig te zijn. Veeleer zou er sprake kunnen zijn van een met psychosociale problemen samenhangend leefstijlprobleem, waarvoor bestaande behandelstrategieën, gebaseerd op leefstijltraining en cognitieve gedragstherapie, wellicht met enige aanpassing een adequate behandelaanbod zou kunnen vormen (zie ook Haagsma, 2010). Hoewel enigszins paradoxaal zou, gezien de relatief geringe ernst van de verslaving, mogelijk ook met zogenaamde e-health-modules (online-hulpverlening) succes kunnen worden behaald. Dergelijke modules worden momenteel binnen verschillende zorginstellingen ontwikkeld.

Bij bovenstaande uitspraken moeten enige slagen om de arm worden gehouden. De conclusies zijn gebaseerd op uitspraken van de geïnterviewde werknemers van de (verslavings)zorg die niet noodzakelijkerwijs een representatieve afspiegeling vormen van alle werknemers. De geïnterviewden konden zich bovendien niet of nauwelijks baseren op verzamelde registratiegegevens, aangezien de registratie van de nieuwe verslavingen doorgaans niet structureel plaatsvindt.

Gezien de ontwikkelingen in de hulpvraag is uitbreiding van de registratiesystemen van de instellingen en van het landelijke systeem (LADIS) met nieuwe categorieën aan te bevelen, zodat deze ontwikkelingen kunnen worden gemonitord. Dit kan bijdragen aan het tijdig ontwikkelen van adequate preventie- en behandelmethoden en het kan handvatten bieden voor (lokaal) beleid. Inmiddels is de Stichting Informatievoorziening Zorg begonnen met aan het LADIS toevoegen van nieuwe categorieën, zoals internetverslaving. Voor de financiering door verzekeraars zullen nieuwe diagnosebehandelingcombina tiecodes (DBC's) moeten worden toegevoegd; momenteel worden nieuwe vormen van verslaving onder andere labels geplaatst om de financiering toch rond te krijgen.

Een belangrijk aspect binnen het project was de vraag of de reguliere zorg openstaat voor cliënten met een andere dan gebruikelijke zorgvraag. Dit mede naar aanleiding van verschillende uitingen in de populaire pers enige tijd geleden, die de indruk wekten dat de reguliere

zorg niet zou openstaan voor mensen met gameverslaving. De indruk die naar voren komt op basis van de gesprekken met de medewerkers van de zorginstellingen geven een ander beeld. In principe staat de (verslavings)zorg open voor verslavingsproblemen van welke aard dan ook. Binnen vele verslavingszorginstellingen zijn projectgroepen geformeerd, met de opdracht een aanpak voor gameverslaving te ontwikkelen. Ook voor ghb-verslaving zijn door verschillende instellingen speciale hulpmethodieken ontwikkeld.

Literatuur

Aboujaoude, E., Koran, L.M., Gamel, N., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2006). Potential markers for problematic internet use: A telephone survey of 2,513 adults. *International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 11, 750-755.

Block, J.J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307.

Eijnden, R. van den, Rooij, T. van, & Meerkerk, G.-J. (2007). *Excessief en compulsief internetgebruik: een kwalitatieve analyse*. Rotterdam: IVO.

Haagsma, M., Peters, O., & Pieterse, M. (2010). Computergames: vermaak met serieuze consequenties. *Verslaving*, 6 (2), 3-11.

Kaltiala Heino, R., Lintonen, T., & Rimpela, A. (2004). Internet addiction? Potentially problematic use of the internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addiction Research and Theory*, 12, 89-96.

Laar, M.W. van, Cruts, A.A., Ooyen-Houben, M.M. van, Meijer, R.F., & Brunt, T. (2010). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Marsman, G. (2008). *Onderzoek naar de mogelijke samenhang tussen het spelen van poker en pathologisch gokgedrag*. Enschede: Universiteit Twente.

Meerkerk, G.-J. (2007). *Pwned by the internet. Explorative research into the causes and consequences of compulsive internet use*. (Thesis.) Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

Meerkerk, G.-J., Eijnden, R.J.J.M. van den, & Garretsen, H.F.L. (2006). Predicting compulsive internet use: It's all about sex! *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 95-103.

Meerkerk, G.-J., Risselada, A., & Schrijvers, C. (2010). *De kaarten op tafel. Verslag van een onderzoek naar aard, ernst en omvang van pokerverslaving in Nederland*. Rotterdam: IVO.

Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior*, 16, 13-29.

Niemz, K., Griffiths, M., & Banyard, P. (2005). Prevalence of pathological internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 562-570.

Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., & Delden, E.B. van (2007). *Kerncijfers verslavingszorg 2006*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., & Delden, E.B. van (2009). *Kerncijfers verslavingszorg 2007*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Ouwehand, A.W., Mol, A., Kuijpers, W.G.T., & Boonzajer Flaes, S. (2005). *Kerncijfers verslavingszorg 2004*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Ouwehand, A.W., Mol, A., Kuijpers, W.G.T., & Boonzajer Flaes, S. (2006). *Kerncijfers verslavingszorg 2005*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Ouwehand, A.W., Mol, A., Kuijpers, W.G.T., & Boonzajer Flaes, S. (2004). *Kerncijfers verslavingszorg 2003*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Park, S., Kim, J., & Cho, C. (2008). Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. *Adolescence*, 43, 895-909.

Rooij, A.J. van, Schoenmaker, T.M., Meerkerk, G.-J., & Mheen, D. van de (2009). *Monitor Internet en Jongeren 2006-2009. Wat doen jongeren op internet en hoe verslavend is dit?* Rotterdam: IVO.

Rooij, T. van, Meerkerk, G.-J., Schoenmakers, T., Eijnden, R. van den, & Mheen, D. van de (2008). *Factsheet ontwikkelingen in het internetgebruik van Nederlandse Jongeren*. Rotterdam: IVO.

Siomos, K.E., Dafouli, E.D., Braimiotis, D.A., Mouzas, O.D., & Angelopoulos, N.V. (2008). Internet addiction among greek adolescent students. *Cyberpsychology and Behavior*, 11, 653-657.

Smith, K.M., Larive, L.L., & Romanelli, F. (2002). Club drugs: Methylenedioxymethamphetamine, flunitrazepam, ketamine hydrochloride, and gamma-hydroxybutyrate. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 59, 1067-1076.

Spel, L., Meerkerk, G.J., & Schoenmakers, T.M. (2009). Verliezen in de virtuele wereld. Enkele overwegingen bij het concept internetverslaving. *De Psycholoog*, 44, 628-633.

Stichting Informatie Voorziening Zorg (2009). *LADIS Nieuwsflits. Kerncijfers 2008. Hulpvraag in Nederland*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.